

Upham's Community Care

Health Center | PACE | Home Health Care

500 Columbia Road

Dorchester, MA 02125

Pho:(617) 287-8000 / Fax: (617)287-1500

Upham's Community Care
Serving the community since 1971

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS

Eu, ou o pai/mãe/tutor do paciente nomeado abaixo, compreendo que tenho o direito de inspecionar minhas informações de saúde protegidas na UCC, de receber uma cópia das minhas informações de saúde protegidas (ou designar e autorizar outra pessoa a receber uma cópia das mesmas), ou qualquer combinação de ambos. Compreendo que o meu pedido de acesso ao meu registo médico pode estar sujeito a algumas limitações legais e/ou limitações estabelecidas pelo governo federal e aplicadas por um profissional de saúde licenciado para garantir a minha saúde e segurança e a segurança de outros.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____
ENDEREÇO DO PACIENTE - RUA: _____	N.º DO APARTAMENTO: _____
CIDADE: _____	ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
N.º DE CONTACTO TELEFÓNICO #: _____	N.º DE TELEFONE ALTERNATIVO #: _____

POR FAVOR, MARQUE A CAIXA ABAIXO PARA INDICAR O SEU PEDIDO:

- Gostaria de inspecionar os registos médicos identificados abaixo (durante o horário normal de expediente na UCC)
 Gostaria de receber uma cópia em papel/impresa dos registos médicos identificados abaixo
 Gostaria de receber uma cópia eletrónica dos registos médicos identificados abaixo no seguinte formato::
 De forma segura através do **MyChart**
 Pen USB/Zipdrive [A UCC cobra o custo da pen USB/zipdrive]
 Email: _____
 Por favor, enviem-me os registos médicos por correio/e-mail para o endereço acima
 Irei levantar os registos médicos na UCC
 Gostaria que a seguinte pessoa ou entidade recebesse ou enviasse (conforme indicado) uma cópia dos registos médicos identificados abaixo:

<input type="checkbox"/> Para <input type="checkbox"/> De _____ (Nome da Pessoa ou Instituição) 500 Columbia Road (Endereço) Dorchester, MA 02125
--

<input type="checkbox"/> Para <input type="checkbox"/> De _____ (Nome da Pessoa ou Instituição) _____ (Endereço)
--

FINALIDADE (MARQUE): CUIDADOS MÉDICO QUESTÃO LEGAL PESSOAL ESCOLA SEGURO
 TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS OUTRO (Por favor, especifique) _____

I INFORMAÇÕES A SEREM DIVULGADAS (Por favor, marque todas as que se aplicam e especifique as datas)

<input type="checkbox"/> Notas de Consulta Clínica [Data(s): _____]
<input type="checkbox"/> Relatórios de Laboratório [Data(s): _____]
<input type="checkbox"/> Relatórios de Radiologia [Data(s): _____]
<input type="checkbox"/> Exame Físico Mais Recente
<input type="checkbox"/> Vacinação
<input type="checkbox"/> Registos de Copagamento de Farmácia [Data(s): _____]
<input type="checkbox"/> Registos de Faturação [Data(s): _____]
<input type="checkbox"/> Outro (Por favor, especifique e inclua as datas): _____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PRIVILEGIADA

Por favor, marque "SIM" para indicar se autoriza a divulgação das seguintes informações (se constarem dos seus registos médicos)

- SIM **Resultados do teste de VIH** (É necessária autorização para cada pedido de divulgação)
- SIM **Informações sobre tratamento médico para VIH/SIDA**
- SIM **Resultados de testes e tratamento médico para IST (infecções sexualmente transmissíveis)** (exceto VIH/SIDA)
- SIM **Resultados de rastreio genético** (especifique o tipo de teste: _____)
- SIM **Registos de abuso de álcool e drogas** protegidos pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO ADICIONAL DESTA INFORMAÇÃO, A MENOS QUE TAL SEJA EXPRESSAMENTE PERMITIDO POR CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM AS INFORMAÇÕES DIZEM RESPEITO OU CONFORME PERMITIDO DE OUTRA FORMA PELA 42 CFR PARTE 2.) *Este consentimento pode ser revogado mediante pedido oral ou escrito.*
- SIM **Detalhes de Diagnóstico e/ou Tratamento de Saúde Mental** fornecidos por um Psiquiatra, Psicólogo ou Clínico de Saúde Mental Licenciado (*compreendo que a minha permissão pode não ser necessária para a divulgação dos meus registos de saúde mental para fins de pagamento*)
- SIM **Detalhes de Aconselhamento a Vítimas de Violência Doméstica**
- SIM **Detalhes de Aconselhamento de Agressão Sexual**

Compreendo e concordo que:

- A Upham's Corner Health Committee, Inc. (UCC) não pode controlar a forma como o destinatário usa ou partilha as informações e que as leis que protegem a sua confidencialidade na UCC podem ou não proteger estas informações depois de terem sido divulgadas ao destinatário.
- Esta autorização é voluntária.
- O meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário.
- Posso revogar esta autorização a qualquer momento, apresentando um pedido por escrito ao Supervisor de Registos Médicos da UCC, exceto:
 - se já tiverem sido tomadas medidas com base nesta autorização
 - se a autorização for obtida como condição para a obtenção de cobertura de seguro, outras leis concedem à seguradora o direito de contestar um pedido de indemnização ao abrigo da apólice
- Esta autorização expirará automaticamente **em 90 dias ou de outra forma, conforme indicado**:
 - Após um evento ou data específica (**ESPECIFIQUE O EVENTO OU DATA**) _____

*NOTA: se estiver inscrito no MyChart, tem acesso aos seus registos médicos.

Li atentamente e compreendi o acima exposto, todas as minhas perguntas foram explicadas de forma satisfatória e autorizo voluntariamente a divulgação das informações acima referidas sobre a minha condição ou dos meus registos médicos às pessoas ou agências listadas.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Nome Impresso: _____

Quando o paciente é menor de idade ou não é competente para dar consentimento, é necessária a assinatura de um dos pais, tutor ou outro representante legal.

Assinatura do Representante Legal: _____ Data: _____

Nome Impresso: _____ Relação com o Paciente: _____

Apenas para uso interno

Formulário revisado e informação divulgada por: _____ Data: _____

Identificação de identidade (marca uma): Carta de Condução ID do Estado Passaporte Outra foto de Identificação

Versão do formulário: Maio de 2021